

定期予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

石岡市長 殿

申請者 住所
 (保護者) 氏名
 被接種者との続柄
 電話番号

次のとおり、定期予防接種費用の助成を申請します。

被接種者	住 所	石岡市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日 (才 箇月)
請求金額		円		
振 込 先	銀行 (コード)		支店 (コード)	当座・普通
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義			
*申請者と異なる場合は委任状				
予防接種に関する事項				
予防接種名 (回数)	接種年月日	医療機関名	接種金額	※交付決定額

必要書類

- 1 母子健康手帳
- 2 領収書の原本 (予防接種名, 費用がわかるもの)
- 3 口座振込の分かるもの (通帳又はカードの写し)